41e Année. — N° 9 Vendredi 2 Mars 1894

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Pathologie générale : La cause (bacillaire?) de la tuberculose, par le prof. H.-W. Middendorp (*suite et fin*), 129. — **Bibliographie :** Traité élémentaire d'anatomie pathologique, par le Dr P. Coyne, 135. — Hypertrophie du cœur, par le Dr G. André, 136. — L'hygiène alimentaire, par H. Polin et H. Labit, 136. — **Académie des sciences** : *Séance du 19 février* 1894. — Présidence de M. Lœwy. — La fièvre typhoïde à Paris, période de décennale décroissance 1884-1893 ; ses exacerbations automno-hivernales, 136. — **Académie de médecine :** *Séance du 27 février* 1894. — Présidence de M. J. Rochard. — Des troubles du cœur et de l'estomac produits par l'attitude scolaire habituelle, 137. — Endartérite oblitérante, 137. — **Société médicale des hôpitaux :** *Séance du 23 février* 1894. — Présidence de M. Ferrand. — Sur la nature de la maladie de Basedow, 138. — Puissance tératogène ou dégénérative des alcools dits supérieurs, 139. — **Société de médecine de Paris :** *Séance du 24 février* 1894. — Présidence de M. Christian. — A propos de l'attentat de la rue Saint-Jacques, 139. — Du numérotage des côtes, 139. — **Société de chirurgie :** *Séance du 28 février* 1894. — Présidence de M. Lucas-Championnière. Enorme kyste de l'ovaire opéré ; laparotomie ; guérison ; grossesse faisant croire à une récidive ; nouvelle intervention ; guérison, 140. — Luxation obturatrice au cours d'un rhumatisme aigu, 140. — Fistules recto-vaginales, 140. — Trépanation à la suite des plaies du crâne par armes à feu, 140. — Double luxation congénitale de la tête du radius en avant d'un côté, en arrière de l'autre, 141. — Plaie pénétrante de l'abdomen. Laparotomie, 141. — **Nouvelles**, 141. — **Bulletin bibliographique**, 144.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

La cause (bacillaire ?) de la tuberculose.

Suite de mes études sur la doctrine erronée de Robert Koch *et sur la non-valeur et les dangers de son procédé de guérison,*

Par le professeur H. W. Middendorp,
de Groningue (Pays-Bas).

(*Suite*) (1).

II

LES PROPRIÉTÉS BIOLOGIQUES DES BACILLES TUBERCULEUX DE KOCH.

La preuve que nous voyons en effet des bacilles tuberculeux et non pas d'autres bacilles qui y ressemblent en forme et en dimension, est suivant Koch la coloration caractéristique.

« A la vérité », comme il dit (2), ils ont en commun « cette réaction de coloration avec les bacilles de la « lèpre et cet exemple nous montre déjà que les bacilles « tuberculeux n'occupent point du tout une place tout « à fait exceptionnelle, concernant leur réaction vis-à- « vis des substances colorantes, et que pour cette raison « il n'est pas non plus invraisemblable qu'au bout de « quelque temps on trouve encore d'autres espèces « de bactéries qui possèdent les mêmes propriétés, « quant à la coloration, que les bacilles tuberculeux.

« En attendant, une telle découverte n'aurait pas la « moindre influence sur l'interprétation de la significa- « tion étiologique des bacilles tuberculeux; car la *réac- « tion particulière vis-à-vis des substances colorantes* n'est « pourtant pas *la seule propriété spécifique* des bacilles « tuberculeux. »

Ils possèdent aussi, comme nous verrons plus tard, à l'égard des propriétés biologiques, une série d'autres particularités, qui fournissent des arguments bien plus valables pour les séparer comme une espèce spécifique des autres bactéries connues.

Quant à ces propriétés biologiques, Koch refuse à ses bacilles la locomotion propre et les représente comme des bâtonnets rigides, tantôt un peu incurvés, tantôt légèrement courbés en spirales. En supposant cependant que ses bacilles existassent effectivement, Koch n'a pourtant pas le droit de conclure de l'aspect de bacilles tués et colorés de la manière connue que, sans avoir subi cette procédure, ils sont aussi dans leur état naturel des microbes si rigides, etc., et de leur attribuer des propriétés biologiques différentes par rapport à la sécrétion ou à la production de substances pathogéniques, par lesquelles ils seraient la cause du développement des tubercules.

Il assure bien (1), « que dans des granulations tuberculeuses *récentes grises* des poumons de cobayes il a vu ses bacilles sans aucune coloration et qu'alors non plus ils ne montraient aucune locomotion propre ».

Avec ce « *récent* et *gris* » cependant s'accorde difficilement ce qu'il ajoute :

« Pour obtenir des préparations pour cette manière d'observation, on ne peut se servir que *de telles substances tuberculeuses* qui contiennent des masses considérables de bacilles, parce que des bacilles isolés ou rares ne peuvent être distingués avec certitude dans *la masse du détritus* sans avoir recours à la réaction colorante.

(1) V. *France médicale*, n° 8, 1894.
(2) *Ibidem*, p. 13.

(1) *Ibidem*, p. 14 et 15.

Cette *masse du détritus*, c'est-à-dire *masse de cellules tuberculeuses dégénérées* ne se trouve pourtant pas dans des tubercules *récents*, *gris*, de sorte que je ne puis attribuer aucune valeur à cette assertion de Koch.

Comment, en outre, cette assertion s'accorde-t-elle avec une autre soutenue plus tôt (1) que *ni dans les tubercules gris* qu'il épluchait à l'aide d'aiguilles, ni dans des coupes de tubercules miliaires récents, gris, il ne rencontrait jamais de micro-organismes et qu'il ne réussit à montrer ses bacilles dans la masse tuberculeuse qu'après avoir inventé sa réaction colorante améliorée.

Mais comme j'ai déjà exposé plus amplement dans ma deuxième brochure, **la masse tuberculeuse** est tout autre chose qu'un *tubercule gris*, *sain*, *cru*, et cette observation de Koch ne prouve rien en faveur de son assertion qu'il les a vus dans des *tubercules miliaires* sains et crus.

Eh bien ! Koch, comme je le répète, *ne montre nulle part ses bacilles dans de jeunes tubercules.*

Moi-même, malgré de nombreuses recherches, je ne les ai jamais pu trouver non plus, ni dans des préparations épluchées, ni dans des coupes, dans les jeunes tubercules provenant d'une tuberculose expérimentale, ou dans les plus petits tubercules gris, crus, à peine visibles à l'œil nu et submiliaires, en cas de tuberculose miliaire aiguë chez l'homme dans les différents organes, ou quand des granulations miliaires se présentent à côté d'affections tuberculeuses plus étendues dans le même organe, quoique ces préparations fussent examinées sans coloration aussi bien qu'à l'aide de la méthode de coloration de Koch ou d'une des variantes indiquées par son école.

Nulle part non plus Koch ne nous montre ses bacilles dans des *tubercules sains*, *crus*, *gris*, *entièrement développés.*

Il le prétend bien du tubercule représenté fig. 1, en *a*, planche I, mais en contemplant cette fig. 1 tout le monde peut se convaincre que toutes les granulations qui y sont figurées ont un intérieur plus ou moins caséeux. Il en est de même de sa figure 2, où une partie de ce tubercule est dessinée à un grossissement de 700 diamètres. On n'y aperçoit pas de cellules tuberculeuses ; seulement leurs noyaux sont encore visibles au milieu d'une masse dégénérée fine et granuleuse.

Ce tubercule est par conséquent déjà dans l'état de dépérissement.

D'ailleurs il nomme l'intérieur des tubercules représentés en *c* et *d*, fig. 1, caséeux et *sans noyaux*, mais nous montre en fig. 4, *c* et en fig. 5, *d* des cellules géantes environnées d'une masse de détritus à *beaucoup* de noyaux et à de rares cellules, ce qui n'est pas conforme à « *sans noyaux* ».

De même, nous n'apercevons pas dans les fig. 7 et 8, qui suivant Koch représentent des tubercules gris, des cellules tuberculeuses, mais aussi les noyaux caractéristiques au milieu d'un détritus extrêmement fin.

Il en est de même de la fig. 22, qui aussi, à un grossissement de 700 diamètres, nous donne la coupe d'un tubercule de l'entourage d'un ulcère intestinal.

Selon lui ce sont aussi des tubercules *frais*, *gris*, bien qu'il n'y montre point de cellules tuberculeuses, mais seulement des noyaux au milieu du détritus à grains fins des cellules tuberculeuses dégénérées.

Il prétend bien, comme nous venons de le voir, qu'il les a vus non colorés dans des tubercules gris et crus de cobayes, mais ce « *gris* et *cru* » n'est pas d'accord avec le détritus dont il fait mention.

Voilà pourquoi je dois persister dans cette opinion que Koch ne nous montre pas ses bacilles tuberculeux dans de jeunes tubercules, ni dans des tubercules gris entièrement développés et que par conséquent il ne nous les montre pas *là* où il prétend les montrer et non plus *là* où il doit nous les faire voir, *s'il veut que nous admettions un rapport étiologique de ces microbes avec la tuberculose.*

Je dois y persister, de plus, *parce que je n'ai jamais pu trouver ses bacilles* dans *les tubercules développés gris* ou *déjà jaunes* et *non plus dans les foyers caséeux* ou dans *les cavernules qui ne communiquent pas encore avec les bronches*, quoique j'aie examiné dans ce but à l'aide de la coloration de Koch ou d'une de ses variations le cerveau, la pie-mère, les poumons, les glandes rétro-sternales, bronchiques, mésentériques, les séreuses, le foie, la rate, les intestins et les reins, soit qu'il y eût une éruption miliaire, soit en cas de phthisie rénale.

Dans la démonstration, à l'aide de la coloration, de bacilles tuberculeux cultivés, un peu de la masse tuberculeuse est séparé des crachats de malades souffrant de tuberculose pulmonaire avec ramollissement et formation successive de cavernes qui communiquent ouvertement avec des bronches, – ou bien un peu de la même masse est pris après la mort de telles cavernes et placé dans l'étuve, c'est-à-dire dans un appareil chauffé continuellement au même degré.

Dans le contenu et sur la paroi de telles cavernes dans les poumons se trouvent en nombre varié des bacilles du mucus buccal, leurs spores ou germes et leurs descendants, dont les uns y sont venus par les voies aériennes pendant la respiration et les accès de toux, tandis que les autres s'y sont développés ensuite en plusieurs générations.

Aussi la masse prise des crachats contient tantôt peu, tantôt beaucoup, quelquefois un très grand nombre de ces mêmes bacilles avec leurs spores et leurs descendants, qui, pour la plupart, proviennent de ces cavernes, et qui, pour une autre partie, y ont été mêlés au passage des crachats par les bronches, la trachée-artère, la cavité pharyngienne et buccale.

Par ces générations successives s'explique la variété de dimensions que ces bacilles présentent, aussi bien

(1) *Ibidem*, p. 5.

s le contenu des couennes que dans les crachats. h bien ! ces microbes continuent à vivre et leurs mes ou spores se développent et deviennent bacilles s l'atmosphère égale de l'étuve.

u bout de quelques jours, on fait de ces cultures préparations, que l'on colore.

e veux faire observer ici, que Koch est tant soit peu en tradiction avec lui-même, quant à la durée du développement de ses bacilles tuberculeux. « L'accroissement des bacilles tuberculeux », comme il prétend (1), 'avance que très lentement et les préparations de ture doivent pour cette raison séjourner *pendant sieurs semaines* dans l'étuve », mais un peu plus tard lit (2), « que dans de telles cultures dans lesquelles le veloppement des bacilles tuberculeux n'est pas anéanti des bactéries étrangères, se montrent après *dix à nze jours* les premiers signes des colonies croissantes bacilles tuberculeux « et peu après », que déjà au t de *cinq à six jours* se montrent de jeunes colos », tandis qu'enfin à la fig. 44 il représente une le colonie avec des bacilles tuberculeux déjà assez tincts qui se sont développés dans l'espace de *quinze rs* », de sorte qu'il ne s'ensuit pas que ce développent dure des semaines entières.

Alors après la coloration ordinaire il ne reste plus vie et de locomotion dans ces êtres si subtils, comme l'ai déjà fait remarquer. Personne n'a observé les cillesdu mucus buccal en pleine vitalité.

Après la coloration, comme j'ai déjà remarqué, il ne ut donc plus être question de vie et de locomotion ns ces êtres subtils et personne — parmi ceux i ont observé comment les bacilles du mucus ccal se meuvent en différentes courbures et se raissent tout à coup, quand on y ajoute une goutte d'alol — ne s'étonnera qu'après la mort si subite quelues-uns se présentent comme des bâtonnets rigides, autres comme légèrement incurvés ou courbés en irales.

Ce sont ces bacilles communs du mucus buccal et urs descendants qui, selon mon opinion, ont donné eu à Robert Koch d'accepter la cause bacillaire de la tuberculose.

Ils ne sont cependant que « les accompagnateurs » de phthisie pulmonaire à cavernes qui communiquent avec es bronches, mais ils *n'ont aucun rapport étiologique vec la tuberculose.*

C'est pourquoi je dois soutenir que les bacilles tuberculeux, dans le sens de Robert Koch, sont imaginaires.

De même les cliniciens trouvent ces bacilles et leurs escendants dans les crachats, quand ils cherchent des acilles soi-disant tuberculeux.

Ils ne sont pas la preuve de l'existence d'une tuberculose des poumons en général ; ils prouvent seulement que dans des poumons tuberculeux, avec destruction et formation de cavernes, il y a communication entre ces cavernes et les bronches.

Cependant, je ne veux en aucune manière nier la possibilité que d'autres savants, en cherchant des bacilles tuberculeux dans les différents organes ou leurs sécrétions morbides, ont pris et prennent encore pour tels d'autres bactéries.

C'est dans ce sens qu'il faut interpréter la découverte de Rosenstein mentionnée ci-dessus.

D'ailleurs, nous voyons se développer une tuberculose miliaire, quand des *tubercules miliaires gris*, qui ne montrent encore *aucune trace de mortification* et dans lesquels je ne puis découvrir de *cellules géantes* ou *bacilles de* Koch, sont pulvérisés et mêlés avec de l'eau distillée et ce liquide, après une filtration minutieuse, est injecté chez des animaux.

Naturellement Koch met aussi celle-ci sur le compte de ses bacilles tuberculeux qui, comme il nous l'apprend, y sont entrés déjà au moment de leur développement et qui n'en disparaissent qu'au moment de la mortification complète du tubercule et qui, par conséquent, doivent être présents en grand nombre dans ces tubercules gris.

Non seulement cependant Koch ne nous les montre nulle part dans de *tels tubercules gris*, mais il dit lui-même, comme nous avons déjà remarqué précédemment, qu'au commencement de ses recherches, malgré tous ses efforts il ne pouvait trouver de microorganismes dans des tubercules récemment développés, gris, des poumons d'animaux, mais *qu'il les découvrit pour la première fois à l'aide de sa coloration améliorée* DANS LA MASSE TUBERCULEUSE et qu'après, quoiqu'avec beaucoup plus de peine, il a réussi à les voir aussi *dans des coupes* (1).

Quant à cette assertion de Koch, je n'aurai certainement pas besoin de répéter que ces faits ne prouvent absolument rien en faveur des rapports étiologiques de ces bacilles avec la tuberculose.

MASSE TUBERCULEUSE et CELLULES TUBERCULEUSES NÉCROSANTES et NÉCROSÉES *sont des choses identiques.*

Nous ne trouvons pas *une telle masse de détritus granuleux* avec plus ou moins de noyaux dans des tubercules gris, mais nous la trouvons bien dans des tubercules *nécrosants jaunes* ou *nécrosés*, dans de *tels conglomérats*, dans des *foyers ramollis*, et dans des *cavernes* de dimension variée qui en sont provenues.

MASSE TUBERCULEUSE *est donc une toute autre chose* QUE DES TUBERCULES FRAIS, GRIS, CRUS.

Une *telle masse* se trouve de plus dans les crachats et dans *le contenu* et *dans la paroi* de cavités ou cavernes nées de la destruction du tissu pulmonaire tuberculeux et tant que Koch ne dit pas *où* il prend cette MASSE TUBERCULEUSE, tout cela ne prouve par conséquent rien.

(1) *Ibidem*, p. 50.
(2) *Ibidem*, p. 51.

(1) *Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte*, II, p. 5.

En outre, Koch nous fait part, *quant à ses coupes*, que la démonstration des bacilles lui a causé beaucoup plus de peine au milieu des noyaux serrés et de la masse du détritus.

Cette explication est donc bien une preuve péremptoire que *ses coupes n'étaient pas prises* dans des tubercules frais récemment nés ou gris, car ce n'est pas *là* qu'on trouve une *masse de détritus*, c'est-à-dire *un tissu nécrosant et nécrosé de cellules tuberculeuses*.

Bien que je n'aie pas la moindre objection à admettre une cause bacillaire de la tuberculose, si l'on fournit des preuves convaincantes de l'existence des bacilles de Koch, on ira certes trop loin en exigeant de moi d'en reconnaître l'existence, quand on n'en trouve pas les preuves chez l'auteur même qui prétend avoir découvert ces micro-organismes, et quand, en outre, *je ne puis* moi-même les trouver dans les endroits où ils doivent être observés en premier lieu, si en effet ils existent.

C'est pourquoi je ne puis considérer ces faits comme preuves de l'existence des bacilles de Koch dans des tubercules sains, gris, et je dois encore mettre en avant que cet auteur *ne montre pas ses bacilles là* où il prétend *les* montrer et où pourtant il doit les montrer, s'il veut que nous admettions un rapport étiologique de tels microbes avec la tuberculose.

Procédons maintenant à l'examen *de la valeur de la pierre de touche pour l'existence de bacilles tuberculeux spécifiquement pathogènes, du point cardinal*, comme Koch lui-même l'a nommé (1), *dans les preuves pour la nature parasitaire de la tuberculose*, c'est-à-dire, *du développement de la tuberculose par l'inoculation du parasite isolé*.

III

LA VALEUR DES SOI-DISANT CULTURES PURES DES BACILLES TUBERCULEUX.

Suivant Koch (2) *ses bacilles tuberculeux se trouvent dans toutes les maladies tuberculeuses et bien exclusivement dans celles-ci, et ce ne sont que des substances contenant des bacilles tuberculeux qui sont capables d'occasionner la tuberculose.*

« Dans les deux cas cependant, ces bacilles sont liés, comme il dit, à des éléments constituants du corps et c'est pourquoi on avait lieu de présumer qu'outre les bacilles il fallait encore une substance quelconque et, qui plus est, que celle-ci constituerait peut-être même la vraie substance infectieuse et que les bacilles ne jouaient qu'un rôle secondaire dans l'infection.

« *Cette question pouvait seulement être décidée de cette manière que les bacilles fussent inoculés ou injectés tout purs et isolés de toutes les parties constituantes du corps.*

« *Si dans ce cas encore ils causaient une tuberculose, devraient être indubitablement l'unique et l'indéniable substance infectieuse de la tuberculose.* »

De là ses expérimentations d'infection avec les soi-disant cultures pures de ses bacilles tuberculeux, c'est-à-dire d'inoculation ou d'injection de bacilles tuberculeux cultivés qui, comme il prétend, *sont non seulement exempts d'autres bacilles, mais aussi entièrement exempts de toutes les parties constituantes du corps.*

Dans la plupart de ces expérimentations ces bacilles étaient plusieurs fois recultivés, c'est-à-dire de la première culture fut prise une partie dont il se servait pour faire une seconde culture ; en prenant un peu de cette seconde il faisait une troisième culture et de cette manière il continuait à cultiver successivement à 5, 10, 15, 20, et même une fois à 26 reprises une culture de ses bacilles tuberculeux pendant deux, trois, quatre, six et même dix-huit mois.

Les résultats positifs de ces expérimentations sont pour Koch *et ses adhérents des preuves incontestables que les bacilles tuberculeux sont la cause unique de la tuberculose.*

Apparemment ce sont des expérimentations extrêmement importantes dont les résultats semblent bien être à état d'ôter tout doute qu'en étudiant le traité de Koch on pourrait avoir conçu à l'égard de l'existence des bacilles tuberculeux et de leur rapport étiologique avec la tuberculose, *si du moins ces cultures pures sont en effet pures, c'est-à-dire non seulement exemptes d'autres bactéries, mais, et c'est en ce cas le point cardinal, aussi exemptes de toute substance tuberculeuse.*

Concernant ce côté du problème cependant, Koch a ajouté à sa dernière révélation sur son remède en janvier 1891 une communication bien remarquable.

Non seulement il a déclaré alors que *la tuberculine est un extrait glycériné des cultures pures de bacilles tuberculeux, mais en même temps que* CETTE TUBERCULINE CONTIENT UNE CERTAINE QUANTITÉ DE SUBSTANCE TUBERCULEUSE NÉCROSANTE.

Mais l'addition de cette certaine quantité de substance tuberculeuse nécrosante ôte, selon mon opinion, à ces cultures pures toute leur pureté.

La substance tuberculeuse nécrosante, conservée à l'état sec ou humide dans des circonstances ordinaires ne perd pas sa virulence pendant plusieurs semaines et même pendant plusieurs mois. Dans la série 47 de mes expérimentations, c'était le cas en état sec pendant cinquante-neuf jours, dans la série 77 pendant ce neuf jours et dans des expérimentations de l'année passée même pendant cent quatre-vingt-quatre jours.

Cependant comme le prouvent les expérimentations de Koch lui-même, ce n'est pas encore le terme de la ténacité de la virulence.

Or, nous n'avons absolument pas lieu d'admettre que la substance tuberculeuse nécrosante et nécrosée ne conserve pas aussi longtemps sa virulence dans l'atmosphère égale de l'étuve à une température d'environ

(1) *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1883, n° 10.
(2) *Mittheilungen aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte*, II, p. 65.

C, que quand elle est conservée sèche ou humide
ns un flacon fermé dans le laboratoire, où pendant
elques mois la température varie de 8°C. à 20°C.
De plus *Virchow* et *Fürbringer* furent déjà frappés,
nme on sait, chez des malades traités par la tubercu-
e, de trouver après leur mort un développement
traordinaire de tuberculose miliaire.

Mes expérimentations chez quatre chiens inoculés de
tuberculine ont montré incontestablement que — *lgré le séjour dans les cultures quasi-pures, malgré la lture réitérée*, malgré le procédé de Koch d'en faire
extrait à l'aide de la glycérine, et malgré quelque
tre procédé, dont il se sert dans la préparation de
n remède, mais dont il nous doit encore toujours la
mmunication exacte, pour fabriquer avec cette sub-
nce tuberculeuse spécifiquement dangereuse un re-
ède salutaire, — le détritus tuberculeux que contient
n remède et qui est emprunté à ces cultures quasi-
res, n'avait pas encore perdu sa virulence.

Pour cette raison je dois soutenir que le résultat que
ch et à son autorité tant de savants portent sur le
mpte de l'inoculation ou de l'injection des cultures
i-disant pures de leurs bacilles tuberculeux, c'est-à-
re le développement d'une tuberculose miliaire chez
s animaux d'expérimentation, *est seulement occasionné
r la certaine quantité de substance tuberculeuse né-
osante, adhérant encore à ces cultures quasi-pures*, et
ssi, comme Koch lui-même le reconnaît, *à sa tubercu-
se, l'extrait glycériné des cultures pures de ses ba-
lles.*

Et c'est cette substance qui, dans une quantité quel-
ne minime qu'elle soit, suffit en tout cas à occasion-
er une tuberculose plus ou moins étendue, quand ces
ltures quasi-pures sont inoculées ou injectées chez
s lapins, des cobayes et des souris champêtres.

A la vérité ce n'est qu'une partie à peine visible à
œil nu d'une culture pure de bactéries qui suffit à
ire une seconde culture et ainsi de suite, mais pour
tte raison on ne doit pas encore s'imaginer que Koch
i-même injectait une masse si minime d'une telle
lture pure chez ses animaux d'expérimentation dans
intention d'occasionner une tuberculose miliaire.

Dans une partie d'une culture pure de bactéries de la
rosseur d'une petite tête d'épingle, on peut sans exa-
érer évaluer le nombre des bacilles à un demi-million,
mme nous le montre aussi le dessin de Koch (*fig.* 44).

Quand donc on prend à l'aide d'un fil de platine une
ortion bien minime d'une telle culture, on transporte,
ans compter les germes, au moins un nombre suffisant
e bacilles pour faire une seconde culture sur une subs-
ance nutritive propre.

Mais malgré cette quantité énorme de bacilles dans
ne partie si extrêmement minime d'une culture et
nalgré l'assurance de Koch, que ses bacilles sont les
euls porteurs de la substance infectieuse dans la tu-
erculose, il voyait que des chiens, des rats et des sou-
is blanches ne périrent qu'au bout de quelques mois, quand ils furent inoculés *abondamment de cultures pures de ses bacilles* (1).

Pour cette raison Koch croit ces animaux moins susceptibles au virus tuberculeux, ce qui est cependant directement contraire aux résultats de mes expérimentations.

Dans celles-ci ce ne sont que quelques milligrammes de masse tuberculeuse séchée provenant de petits conglomérats et exempte entièrement de bacilles de Koch, qui suffisaient à occasionner chez des chiens une tuberculose miliaire plus ou moins étendue, et même mortelle.

C'est pourquoi je ne puis attribuer la moindre valeur, quant à la genèse de la tuberculose, aux inoculations de ces cultures quasi-pures, parce que Koch *n'a pas inoculé le parasite isolé, mais celui-ci simultanément avec cette substance tuberculeuse nécrosante, spécifiquement infectieuse.*

On pourra donc difficilement prétendre que je m'oppose sans cause valable à la justesse de la doctrine de Robert Koch.

C'est cependant pour cette raison aussi que je crois devoir exiger que des preuves absolument incontestables soient alléguées par Koch en faveur de l'opinion qu'il prononce comme la seule véritable dans l'étiologie de la tuberculose.

Ni Koch ni aucun de ses adhérents ou de ses adeptes n'ont fourni jusqu'ici selon mon opinion les preuves péremptoires que leur doctrine est basée sur l'observation des faits, ce qui est nécessaire dans les sciences exactes. Ils n'ont pas prouvé que la quintessence de cette doctrine est vraie, c'est-à-dire, « *que les bacilles soi-disant tuberculeux se trouvent dans toutes les affections tuberculeuses et bien exclusivement dans celles-ci, que seulement des substances qui contiennent les bacilles tuberculeux peuvent occasionner la tuberculose et que ces bacilles sont la cause unique et incontestable de cette maladie* ».

En considération de tous ces arguments, je dois conclure que *la nature parasitaire de la tuberculose n'est pas prouvée par* Robert Koch et que sa doctrine sur l'étiologie de cette maladie fondée sur le sable mouvant de l'hypothèse est erronée.

La cause bactérienne de la tuberculose n'étant pas prouvée, je dois considérer le virus de cette maladie comme une substance spécifiquement infectieuse de grande ténacité, mais de nature et de constitution encore inconnue qui est liée non seulement au tubercule gris et jaune mais aussi à la substance caséeuse provenant de ceux-ci.

IV

LA PRÉPARATION ET LA CONSTITUTION DE LA TUBERCULINE.

Il me reste encore à dire quelques mots sur le soi-disant remède de Koch.

C'est sur les prétendues propriétés biologiques de ces

(1) *Ibidem*, p. 71.

microbes qui, dans le sens étiologique que celui-ci leur attribue, n'existent donc que dans l'imagination, qu'il a fondé son nouveau procédé de guérison.

Il prépare son remède avec des cultures quasi-pures de ses bacilles, mais ces cultures, comme nous venons de le voir, sont au bout du compte toujours infectées d'une certaine quantité de substance tuberculeuse nécrosante, spécifiquement infectieuse malgré le procédé de purification qu'elle a subi dans l'étuve pendant les cultures successives.

Certes il avoue lui-même dans sa communication dernière de janvier 1891 « *que le remède à l'aide duquel le nouveau traitement curatif de la tuberculose est exercé est un extrait glycériné des cultures pures des bacilles tuberculeux et qu'il contient une certaine quantité de substance tuberculeuse nécrosante* ».

Le remède était donc un extrait glycériné préparé d'une manière mystérieuse *des cultures pures non pures et qui ne sont pas pures, parce qu'elles sont infectées d'une substance tuberculeuse nécrosante spécifiquement infectieuse et septique.*

Je crois bien avoir le droit de soutenir que Koch n'y a pas ajouté expressément *plus tard cette certaine quantité de substance tuberculeuse nécrosante*, mais qu'elle *était le principe essentiel de la culture* qui, recultivé à diverses reprises, c'est-à-dire transporté en moindre quantité pour faire une autre culture et ainsi de suite encore plusieurs fois, avait conservé sa virulence dans l'atmosphère égale de l'étuve.

Les autopsies de Virchow et de Furbringer avaient déjà fait présumer avec bien de la vraisemblance ce que l'injection par moi du remède de Koch dans le sang des quatre chiens a montré évidemment — et sans doute aussi d'autres auront bien essayé ce remède à cet égard chez les animaux — qu'il peut encore être spécifiquement infectieux.

La substance tuberculeuse nécrosante se trouve partout où les tubercules périssent.

Elle naît abondamment quand des cavités se forment dans les poumons et dans les reins, puis dans la destruction des vertèbres et d'autres os et de plus dans plusieurs autres organes tuberculeux.

C'est sans doute du premier endroit, c'est-à-dire des cavernes dans les poumons, qu'on pourra se fournir le plus facilement cette substance pour faire les cultures soi-disant pures, nécessaires pour la fabrication du remède.

Nous voyons donc que Koch, en extrayant d'une manière pas encore dévoilée les cultures quasi-pures de ces microbes à l'aide de la glycérine, croyait ainsi *changer les propriétés morbifères* de ses bacilles pendant leur vie — et qui, suivant lui, ont une influence si fatale sur les cellules migratrices qui les transportent et aussi sur les cellules environnant le point où celles-ci transfèrent leur fardeau dangereux, les bacilles, qu'ils donnent lieu au développement des tubercules, — en *propriétés salutaires* pour le malade tuberculeux.

Doctrine, en effet, bien bizarre que celle de Robert Koch et dont le fruit, la tuberculine, n'est pas moins bizarre, comme j'ai montré décidément, dès qu'il a levé tant soit peu le voile mystérieux de son remède et comme maintenant l'issue l'a prouvé partout suffisamment !

Dans cette conviction je me croyais obligé de contribuer, pour ma part, à mettre fin à l'emploi de cette tuberculine, dont la *non-valeur curative* offrait une opposition frappante à la *valeur énorme* qu'un enthousiasme insensé lui attribua dans les dernières semaines de 1890, lorsque des centaines de médecins de toutes les parties du monde se rendirent à Berlin pour étudier l'effet de la nouvelle panacée à l'endroit même sous la direction de Libbertz, Cornet, Pfuhl et d'autres adeptes de Koch.

Si Koch avait franchement communiqué la préparation tout entière de son remède, bien des désappointements auraient été épargnés à tel médecin et à tel malade, qui par la préconisation et les louanges outrées de la part de la presse, surtout non médicale, se faisaient des idées bizarres quant à l'effet de la panacée.

Je me rappelle encore parfaitement les explications absurdes que Pfuhl me donnait le soir du 3 février 91 sur l'effet de ce soi-disant remède et je n'oublierai jamais l'impression bien peu scientifique reçue pendant ma visite au laboratoire de Koch, où, sous la direction de Libbertz, la préparation mystérieuse avait lieu.

Maintenant que Koch, malgré l'assurance, depuis presque deux ans, qu'il s'occupait continuellement à perfectionner son remède et qu'il croyait être alors plus près de son but, l'a cédé le 1er juillet 1892 à une maison de commerce en substances colorantes à Höchst près de Frankfort s.-Mein, il est bien probable que nous ne saurons jamais précisément de quelle façon la préparation eut lieu, mais ce que nous savons c'est en tout cas que *c'était un extrait glycériné des cultures quasi-pures des bacilles soi-disant tuberculeux, et que ces cultures étaient souillées d'une substance tuberculeuse nécrosante* qui, non seulement est en haut degré spécifiquement infectieuse, mais qui possède, en outre, d'autres propriétés malignes.

Nous avons exposé ci-dessus comment les tubercules infiltrent le tissu des organes avec tous leurs éléments constituants, comment ils l'étouffent et le font périr en dépérissant eux-mêmes.

Des produits de décomposition de différente nature, des albumines, des graisses, etc., provenant des éléments des tissus dépérissants, se mêlent alors au détritus des cellules tuberculeuses, à la masse tuberculeuse proprement dite.

Cette nature septique de la masse tuberculeuse est de plus prouvée évidemment par les expérimentations de Villemin (1) et de moi-même.

(1) *Études sur la tuberculose; preuves rationnelles et expérimen-*

Des inflammations locales très violentes et même mortelles se développent dans peu de jours chez les animaux d'expérimentation, quand un peu de la masse injectée est versée par hasard dans l'entourage de la plaie ; mais aussi sans symptômes locaux une infection septique maligne à issue mortelle peut se manifester peu de jours après l'injection, avant qu'on puisse même apercevoir dans aucun organe le début d'un développement de tubercules.

C'est de tels matériaux que fût préparé le soi-disant remède de Koch qui agitait le monde entier non moins dans les chaumières des pauvres que dans les palais des puissants et dont un savant confrère, le professeur Mavrogény-Pacha, disait à juste titre :

« Voilà le triomphe de la nouvelle découverte que les journaux lancent par voie électrique dans les cinq parties du monde, de sorte qu'en vingt-quatre heures tout l'univers est informé de cette bonne nouvelle ; la politique s'en mêle, les empires sont sens dessus dessous, les souverains s'en émeuvent et les hommes de l'art en sont ébahis. »

Et quelques mois après — au lieu du triomphe la débâcle, au lieu de l'enthousiasme et de l'adoration sans rime ni raison, le silence et l'oubli qui couvrent ce fruit bizarre de la doctrine de Robert Koch.

Bientôt à peu près tous les médecins, à l'exception de quelques adeptes aveuglés, ne pensaient plus sérieusement à l'emploi de ce remède, qu'un admirateur exalté au temps de l'enivrement a nommé (1) « une fleur dans le plus noble sens du mot de l'examen bactériologique, qui semblait destinée à conduire tout notre savoir et pouvoir thérapeutique dans de nouvelles voies prospères ».

Eh bien ! maintenant il sera permis de demander si toutes ces insinuations, ces protestations et ces injures de mes collègues compatriotes et des adeptes *extranos* de la doctrine de Koch ont contribué en aucune manière à relever la panacée ou ont fourni la moindre preuve pour la justesse de sa doctrine.

La réponse ne peut pas être affirmative.

C'est pourquoi je suis convaincu que, si M. le professeur A. P. Fokker avait voulu faire de son mieux auprès de son Excellence Tak van Poortoliet pour convoquer la commission d'experts, ce qui pour lui — le camarade d'étude de son Excellence au gymnase et à l'Académie — n'aurait pas été difficile je suppose, cela aurait été préférable et alors il aurait en effet contribué à la solution du problème. Enfin je veux encore observer que le professeur P. Baumgarten le pathologue de Fübingen, ne fait pas mention de mes recherches dans sa *Revue annuelle* de 1891 publiée il y a quelques mois, dans laquelle il cite plus de 280 auteurs qui ont écrit quelque chose sur le remède de Koch depuis sa découverte, — quoique M. le Dr Ch. H. Ali Cohen, actuellement inspecteur médical ici et ci-devant assistant du professeur Fokker, lui ait fourni les matériaux pour ce qui concerne la littérature néerlandaise.

tales de sa spécificité et de son inoculabilité. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1868.

(1) *Wiener medicinische Wochenschrift*, 1890, p. 2085 et 2263.

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire d'anatomie pathologique, par P. Coyne, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris. — J.-B. Baillière et fils, édit., Paris, 1894.

Ce traité, publié en deux parties dont la première est parue il y a déjà plusieurs mois, forme un volume un peu plus considérable que ne le pensait tout d'abord l'auteur ; il devait former un volume in-8 de 750 pages, il en contient plus de 1.000 ; nous ne le regrettons pas.

Dans la première partie, M. le professeur Coyne étudie l'anatomie pathologique générale : la cellule et ses propriétés de relation, de nutrition, de reproduction, puis, l'altération nutritive des cellules et des tissus, les infiltrations et les différentes dégénérescences, les inflammations, les tumeurs. Dans cette première partie, sous le nom d'inflammations catarrhales infectieuses, l'auteur n'a compris que l'inflammation catarrhale gonorrhéique et l'inflammation diphthéritique, bien que, comme il le dit lui-même, « lorsqu'on pénètre au fond du processus intime de ces lésions, on voit que toutes sont d'origine microbienne et que toutes, par conséquent, sont infectieuses » ; et il a laissé « provisoirement du moins », dans le chapitre qui traite des lésions du tube digestif, deux formes de catarrhe intestinal infectieux, le choléra et la dysenterie.

C'est aussi dans les lésions du tube digestif que se trouvent décrites les lésions de la fièvre typhoïde, bien que l'auteur ait pu les rattacher aux inflammations nodulaires infectieuses, car « si le point de départ de ces altérations réside, en effet, le plus habituellement dans le tube digestif, elles sont caractérisées par un mélange de catarrhe intestinal et de néoformations lymphomateuses, et elles marquent certainement une forme de transition permettant de passer des inflammations catarrhales aux inflammations nodulaires infectieuses ».

Enfin, le professeur Coyne étudie la malaria dans les maladies du sang au lieu de la rattacher au chapitre de la parasitologie dans lequel il comprend les kystes hydatiques, la trichinose, la filariose et l'actinomycose.

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée à l'anatomie pathologique spéciale, les maladies étant classées par appareil.

En tête de chaque chapitre se trouve placé un sommaire, reproduisant exactement la disposition des descriptions, avec l'ordre et l'étendue qui leur est accordée

dans le corps de l'ouvrage. Ce sommaire doit servir à l'étudiant d'aide-mémoire et lui permettre de retrouver rapidement et facilement les parties qui ont besoin d'être revues à nouveau.

Lorsqu'on veut enseigner l'anatomie pathologique, au début, nous dit le professeur Coyne, « il faut présenter la science anatomo-pathologique pour ainsi dire toute faite, dans une forme simple et dogmatique. C'est plus tard seulement, lorsque l'élève possède les notions indispensables sur chaque question, qu'il devient possible, sans lasser son attention, de lui demander de faire lui-même l'étude complète d'un sujet donné, en utilisant les monographies, les publications étendues, et de s'exercer à faire le choix et la critique des matériaux mis à sa disposition. Il y a, en effet, dans le développement scientifique de l'étudiant, au point de vue de ses connaissances anatomo-pathologiques, deux périodes. La première, celle du début, dans laquelle il apprend la science toute faite, classique pour ainsi dire, et la seconde, dans laquelle il s'exerce à faire de l'anatomie pathologique par lui-même et à devenir anatomo-pathologiste. Bien peu dépassent la première période ». C'est pour eux que le professeur Coyne a écrit ce traité d'anatomie pathologique ; c'est pour eux qu'il a voulu faire un traité substantiel et court ; il a certainement atteint son but et l'accueil que fera le public médical à son ouvrage le lui prouvera, nous en sommes convaincu. Dr E. Deschamps.

Hypertrophie du cœur, par le Dr G. André, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse. — Paris, Rueff et Cie, éditeurs.

L'hypertrophie du cœur est un des états pathologiques qui ont souvent le privilège d'attirer l'attention des médecins. Quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, elle se présente souvent par ses phénomènes comme une affection en apparence primitive pour laquelle les malades viennent demander des soins et qui devient très souvent l'occasion, pour le médecin, de résoudre certains problèmes de séméiologie d'où dépend l'application thérapeutique. M. André définit d'abord l'hypertrophie cardiaque au point de vue anatomique et clinique. Si le praticien se désintéresse parfois un peu trop des questions d'anatomie pathologique, en revanche on est toujours sûr de l'intéresser par l'étiologie et la pathogénie; aussi M. André a-t-il consacré une part importante de son travail à l'exposé de ces questions et divise les hypertrophies, suivant qu'elles relèvent oui ou non de lésions de l'appareil circulatoire, en secondaires et essentielles. Les premières, beaucoup plus fréquentes, se produisent par le mécanisme des compensations; parmi les secondes l'auteur mentionne les hypertrophies observées comme complication dans les palpitations, la maladie de Basedow, les accidents de croissance, certaines névrites, la grossesse, les tumeurs abdominales et la déformation de la cage thoracique. Après avoir exposé les signes généraux de l'hypertrophie du cœur, M. André signale les particularités qu'elle peut présenter suivant les origines. Un chapitre important de diagnostic et quelques pages sur le traitement complètent cette étude clinique particulièrement intéressante au point de vue séméiologique.

L. J.

L'Hygiène alimentaire, par H. Polin et H. Labit, médecins-majors de l'armée, lauréat de l'Académie de médecine. — Paris, Rueff et Cie, éditeurs.

Ce volume de la Bibliothèque médicale Charcot-Debove est un véritable traité, sous une forme concise, de l'alimentation considérée au point de vue hygiénique. Après des considérations générales sur la nutrition, la nature des aliments et du régime, après un chapitre sur la série des actes digestifs, les auteurs entrent dans leur sujet en faisant une étude très complète des aliments qu'ils classent suivant leur origine animale et végétale et des boissons employées dans l'alimentation, eau, vin, cidre, bière, alcool, thé, café, etc. Toutes ces notions d'ailleurs, parfaitement mises au point, sont comme la menu monnaie de tout traité d'hygiène alimentaire. Un chapitre plus nouveau et qui sera certainement apprécié du praticien est celui qui a trait aux conditions qui peuvent exercer une influence sur l'alimentation. Il suffira de citer les divers modes de préparation des aliments, leur digestibilité, leur nutritivité, l'influence que peuvent exercer les repas, la mastication, l'exercice, le sommeil, les états nerveux. Dans les autres chapitres, les auteurs exposent les divers modes d'alimentation suivant les voies d'introduction, le régime du nouveau-né, de l'enfant, de l'adulte, du vieillard, enfin quelques régimes spéciaux par le lait, le petit lait, le koumys, le raisin. Quelques pages sur le régime dans divers états morbides, les fièvres, l'arthritisme, l'obésité, le diabète, l'albuminurie, la scrofule, l'anémie, terminent ce volume destiné par l'importance de ses données pratiques à être journellement consulté.

L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 février. — Présidence de M. Lœwy.

La fièvre typhoïde à Paris, période décennale de décroissance 1884-1893 ; ses exacerbations automno-hivernales. — M. de Pietra Santa. Au point de vue de la statistique mortuaire de la ville de Paris, la période décennale 1884-1893 se distingue de la période décennale qui l'avait précédée par une diminution marquée des taux de léthalité afférents aux décès généraux (par toutes causes), aux décès par maladies zymotiques, et plus particulièrement aux décès par fièvre typhoïde.

1° Pendant cette période, pour une population moyenne de 2.404.520 habitants, le taux de léthalité générale est descendu progressivement, de 24,41 pour 1.000 habitants, à 22,42 pour 1.000 (21,18 pour 1.000 pour l'année 1893), ce

qui représente un gain sur la mort de 3,23 pour 1.000 habitants, 8.125 personnes pour la période.

Le taux de léthalité, par décès zymotiques, est descendu de 2.45 pour 1.000 habitants à 1,84 pour 1.000 (autrement dit de 11,82 pour 100 décès pour toutes causes à 8,22 pour 100.

Le taux de léthalité par décès de fièvre typhoïde est descendu de 3,62 pour 100 décès généraux à 1,67 pour 100 (1,07 pour 100 en 1893) ; soit, de 1883 à 1893, une différence de 2,55 pour 100 décès généraux.

2° Ces heureux résultats doivent être attribués, pour la plus grande partie, aux progrès de la salubrité et de l'hygiène publiques (meilleure installation des systèmes d'égout ; distribution plus abondante d'eaux de source de bonne provenance, rasement de cités et de quartiers insalubres ; organisation de l'inspection sanitaire des garnis, et en dernier lieu fonctionnement régulier du service de désinfection dans les étuves municipales) ; toutefois il faut reconnaître que, partout et toujours, la fièvre typhoïde, maladie essentiellement humaine et endémique, est soumise à des *exacerbations* dites *automno-hivernales*, en relation directe avec des conditions atmosphériques saisonnières qui engendrent les *constitutions médicales régnantes*.

En Europe, comme aux Etats-Unis, la fièvre typhoïde a présenté, pendant ce dernier quart de siècle, une diminution régulière, en nombre et en gravité, au fur et à mesure que les grands travaux d'assainissement et les prescriptions de l'hygiène générale ont reçu un développement plus considérable et plus intelligent (Londres, Bruxelles, Munich, Dantzig, Breslau, Lansing, Washington, Baltimore).

D'autre part, en Europe et aux Etats-Unis, comme en France, le plus grand nombre des décès par fièvre typhoïde a coïncidé avec la période de l'année comprise entre les mois d'octobre et de janvier. Les chiffres minima de morbidité et de mortalité ont été constamment enregistrés pendant les mois d'avril, mai, juin et juillet.

3° De l'ensemble de cette étude, il résulte que la fièvre typhoïde ne peut être rattachée à une étiologie *simple* et *unique* (théories : fécale, hydrique, météorologique, de l'auto-infection, etc.). Un certain nombre de facteurs morbigènes concourent à sa production, et les principaux sont incontestablement : l'encombrement, la souillure et la malpropreté sous toutes leurs formes, l'usage d'eaux impures et contaminées, les conditions professionnelles spéciales, l'auto-infection, et enfin, les constitutions médicales régnantes.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 27 février 1894. — Présidence de M. J. Rochard

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. Chenier, vétérinaire en 1er à Tours, demandant l'ouverture d'un pli cacheté qui se résume ainsi : Le corps thyroïde est une annexe de la peau ; sa guérison peut être obtenue en diminuant la vitalité de celle-ci dans la région correspondante ; 2° de nombreux travaux envoyés pour les concours des prix.

Des troubles du cœur et de l'estomac produits par l'attitude scolaire habituelle. — M. Motais (d'Angers). L'étrange attitude scolaire tolérée, prescrite même dans la plupart de nos collèges, est un des facteurs les plus importants de la myopie scolaire. Elle est aussi la cause directe d'un grand nombre de déviations de la colonne vertébrale.

A ce tableau déjà très chargé, le Dr Motais ajoute les dyspepsies et les troubles fonctionnels du cœur.

Dans l'attitude scolaire habituelle, l'élève, assis sur l'ischion gauche, s'appuie exclusivement sur le coude gauche, se courbe en avant et à gauche et se couche, pour ainsi dire, sur son cahier.

Par l'inclinaison latérale, les fausses côtes gauches sont abaissées jusqu'à la crête iliaque ; l'estomac est donc refoulé en bas sur le côlon descendant. Pour la courbure en avant, les parois abdominales forment un pli transversal ; la face antérieure de l'estomac subit la même inflexion. De là, un obstacle mécanique aux mouvements de cet organe.

D'autre part, la courbure du thorax en avant rapproche les côtes en diminuant les espaces intercostaux et, par suite, la capacité de la cage thoracique. La flexion et la torsion exagérées du cou compriment les gros vaisseaux de cette région. Toutes ces conditions produisent la gêne cardio-pulmonaire, des palpitations, de la dyspnée, etc.

L'attitude scolaire est donc une des causes les plus importantes des dyspepsies et des palpitations fréquentes chez nos collégiens. La même observation s'applique aux adultes adonnés aux travaux intellectuels, aux employés de bureaux, aux ouvriers dont le travail se fait à courte distance, etc. L'obstacle au fonctionnement régulier du cœur et de l'estomac est même d'autant plus grave que l'âge est plus avancé.

Dans tous ces cas, M. Motais a constaté une amélioration notable chez les dyspeptiques et les cardiaques par la prescription de l'attitude droite pendant le travail.

C'est une raison de plus d'appliquer des réformes scolaires et particulièrement la réforme du mobilier (Comm. : MM. Panas et Javal).

Endartérite oblitérante. — M. Lavrand. Un médecin de 36 ans, atteint de fièvre palustre à Madagascar en 1884, avec plusieurs rechutes, en particulier au Tonkin en 1889, fut pris en 1890 au Tonkin d'accidents locaux au pied gauche, douleurs, rougeurs, tuméfaction des orteils ; le diagnostic resta incertain assez longtemps. En 1890, il s'est produit de la gangrène sèche commençant par le petit orteil du pied gauche. Au mois de mars 1892, on dut pratiquer l'amputation de la jambe gauche au lieu d'élection. Pendant une année, le malade parut se bien porter, puis au mois de décembre 1893, le malade entrait au Val-de-Grâce dans le service de M. Lavrand pour une gangrène sèche du petit orteil du pied droit. Cette gangrène gagna successivement les autres orteils. Les artères battaient faiblement ou même les battements n'étaient pas perçus sur la tibiale postérieure et sur la pédieuse. Il n'y avait pas d'induration des artères. L'examen du sang ne montrait pas d'hématozoaires palustres ; depuis longtemps il n'y avait pas de fièvre.

Au mois de janvier 1894, l'amputation de la jambe droite fut pratiquée par le professeur Robert. Actuellement le malade va bien.

L'examen anatomique de la jambe amputée montrait une petitesse considérable des artères qui étaient presque complètement oblitérées. Les artères tibiales antérieure et pos-

térieure étaient le siège d'une endartérite très caractérisée. La lame élastique interne était fortement plissée. La tunique musculaire était atrophiée en grande partie. Il existait également de l'endophlébite. Les nerfs, en dehors du foyer gangreneux, ne présentaient aucune altération.

Il semble qu'il s'agisse là d'une gangrène palustre. On a cité un assez grand nombre de cas de gangrène palustre. Cependant, M. Lavrand ne croit pas que ce diagnostic doive être fait dans dans ce cas. Il ne croit pas de même qui s'agisse de la maladie de Maurice Raynaud, l'asphyxie locale des extrémités. Il écarte le diagnostic de gangrène albuminurique, d'artérite syphilitique, d'artério sclérose. Il croit qu'il s'agit de la maladie décrite par Friedlander en 1876 sous le nom d'endartérite oblitérante.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Pinard sur les candidats dans la section d'accouchements. Les candidats sont présentés dans l'ordre suivant : 1° *ex æquo* MM. Porak et Ribemont-Dessaigne ; 2° M. Maygrier ; 3° M. Bar ; 4° M. Auvard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 *février* 1894. — *Présidence de* M. Ferrand.

Sur la nature de la maladie de Basedow. — M. Marie. Les phénomènes qui se produisent sous l'influence du traitement thyroïdien, rappellent quelques-uns des traits de la maladie de Basedow. En effet, la tachycardie, l'élévation de température, l'insomnie et l'agitation, la polyurie, l'albuminurie, la paraplégie incomplète, la sensation de chaleur, la sudation exagérée, la diarrhée, qui peuvent se montrer au cours du traitement thyroïdien, sont fort analogues aux phénomènes du même genre si fréquemment constatés dans la maladie de Basedow.

Ce fait vient corroborer la manière de voir émise tout d'abord par Gauthier (de Charolles) et Möbius, et soutenue par M. Renaut (de Lyon), d'après laquelle le corps thyroïde serait directement l'origine de la maladie de Basedow, les troubles nerveux pathognomoniques de cette affection ne devant être considérés que comme des symptômes secondaires à l'affection thyroïdienne. Pour Gautier (de Charolles) la production de la maladie de Basedow serait due à un défaut de fonctionnement de la thyroïde : pour Möbius, au contraire, à un fonctionnement exagéré de cette glande.

Je persiste à penser que certains symptômes de la maladie de Basedow doivent être attribués à un trouble dans le fonctionnement du corps thyroïde, sans que pour cela l'origine de la maladie se trouve forcément dans le corps thyroïde. Le primum movens de la maladie de Basedow devrait être cherché dans une affection, ou, tout au moins, dans un trouble du système nerveux (grand sympathique ?). Sous l'influence de ce trouble du système nerveux il se produirait un fonctionnement exagéré de la glande thyroïde ayant pour résultat une « hyperthyroïdation » de l'organisme, et, comme conséquence de cette hyperthyroïdation, on verrait survenir tous les symptômes signalés plus haut et appartenant tout aussi bien à la médication thyroïdienne qu'à la maladie de Basedow.

Les arguments sur lesquels ou peut étayer cette manière de voir sont les suivants :

1° Dans aucun cas de myxœdème auxquels on a appliqué le traitement thyroïdien on n'a vu, quelque intensité qu'aient pu acquérir les phénomènes d'hyperthyroïdisation, se produire d'exophtalmie, ni de signe de de Græfe. L'hyperthyroïdisation seule semble donc insuffisante à déterminer l'apparition de ce symptôme. Cette opinion est corroborée par ce fait que, dans plusieurs des cas de maladie de Basedow traités soit par la ligature des carotides, soit par l'ablation du corps thyroïde, on a vu l'exophtalmie persister (3 cas de Dreesman, 1 cas de Sprengel). Il semble donc que ce symptôme soit, dans une certaine mesure, indépendant de l'action du corps thyroïde. Dans certains cas, cependant, la thyroïdectomie a eu la vertu de le faire disparaître.

2° La théorie de l'origine thyroïdienne de la maladie de Basedow s'accorde mal avec ce que nous savons de l'étiologie de cette affection. Comment, en effet, expliquer par un hyperfonctionnement primitif de la glande thyroïde les cas dans lesquels la maladie de Basedow s'est produite presque instantanément, sous l'influence d'une émotion vive? Il semble que dans ces cas l'intervention du système nerveux, et notamment du système nerveux sympathique, ne puisse être mise de côté, tout au moins pour rendre compte de l'exagération si rapide de la sécrétion thyroïdienne.

Dans un autre ordre d'idées, mais toujours au point de vue étiologique, n'est-il pas singulier que la maladie de Basedow s'observe avec une fréquence remarquable (Barié, Joffroy) dans le tabes, c'est-à-dire dans une des affections où le système nerveux est atteint dans presque toutes ses parties. N'y a-t-il pas là une analogie à établir entre l'exagération de la sécrétion de diverses glandes, étudiée par Pitres et par Féré (sialorrhée, gastrorrhée, flux intestinal, hypersécrétion urinaire, etc.) et l'exagération de la sécrétion de la glande thyroïde ayant pour conséquence la production des symptômes basedowiens ? Peut-on prétendre que ces diverses hypersécrétions glandulaires soient primitives ? N'est-il pas plus vraisemblable de penser qu'elles relèvent d'un même mécanisme : un trouble du système nerveux (sympathique ?) dépendant directement des altérations propres au tabes ?

Quoi qu'il en soit du point de vue théorique, un grand nombre des symptômes de la maladie de Basedow sont dus à l'hyperthyroïdation de l'organisme. C'est dire que l'administration du suc thyroïdien, préconisée contre cette maladie par quelques auteurs, semble tout à fait contre-indiquée. D'ailleurs, Horsley a déjà signalé l'inutilité de cette administration et, tout récemment, Canter (de Liège), à propos d'une observation fort intéressante de myxœdème guéri par ingestion de corps thyroïde, dit avoir vu, dans un cas de maladie de Basedow, le traitement thyroïdien exagérer considérablement la plupart des symptômes de cette affection.

En revanche, il est un traitement dont, théoriquement et pratiquement, les indications sont indéniables : c'est la thyroïdectomie, par laquelle, en supprimant tout ou partie de la glande thyroïde, on s'oppose, *ipso facto*, à l'hyperthyroïdation de l'organisme. C'est au professeur Tillaux que revient l'honneur d'avoir le premier opéré et guéri ainsi deux malades présentant le syndrome basedowien.

Depuis lors, les observations se sont multipliées, et dans une statistique récente dressée par Putnam et portant sur 41 cas, on ne constate pas moins de 34 guérisons ou améliorations considérables ; 4 fois seulement les suites de l'opération furent mortelles, 2 fois il y eut de la tétanie, 1 fois l'état du malade ne fut pas modifié ; soit 7 insuccès contre 34 succès. Ce sont là des chiffres qui se passent de commentaires, et j'avoue qu'en présence de pareils résultats, je me sens tout disposé à dire avec Dreesmann que, dorénavant, le traitement de la maladie de Basedow doit passer des mains du médecin dans celles du chirurgien.

Puissance tératogène ou dégénérative des alcools dits supérieurs. — M. Féré a déjà signalé l'influence des vapeurs d'alcool sur l'incubation de l'œuf. Voulant comparer les différents alcools au point de vue de leur valeur tératogène, il a modifié ses expériences ; et au lieu d'exposer les œufs aux vapeurs de ces alcools, il les a injectés dans l'albumen.

On produit bien ainsi une légère coagulation de l'albumine, mais M. Féré s'est assuré, en provoquant des coagulations équivalentes par l'introduction d'une aiguille rougie au feu, qu'il n'en résulte pas de troubles du développement du moins dans les premiers jours.

Voici les conclusions que M. Féré a pu tirer de ses expériences :

1° A des doses faibles, l'alcool éthylique peut être presque inoffensif ;

2° Les alcools propylique, butylique, amylique, sont progressivement plus nuisibles ;

3° Les iso-alcools sont plus nuisibles que les alcools correspondants.

Ces résultats diffèrent sur quelques points des conclusions de Rabuteau, de MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé, relatives au point de vue toxicologique, mais elles concordent sur le point le plus important : tous les alcools supérieurs sont plus nuisibles que l'alcool éthylique.

Ces faits nouveaux paraissent particulièrement intéressants au point de vue de la dégénérescence dans la descendance des alcooliques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 février 1894. — *Présidence de* M. Christian.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance imprimée. Revues et journaux habituels.

Correspondance manuscrite. Lettre de M. Edmond Wickham s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

A propos de l'attentat de la rue Saint-Jacques. — M. Polaillon. Les victimes de cet attentat sont au nombre de deux ; la première, qui était une femme de 55 ans, obèse, avait depuis longtemps un corps fibreux utérin. Quand je la vis pour la première fois, son état général était mauvais ; elle était d'une pâleur extrême ; les vomissements étaient fréquents ; l'abdomen était le siège d'une plaie pénétrante. En présence de ces différents symptômes je considérai que la laparotomie n'avait aucune chance de réussir et je me décidai à l'amputation, persuadé que la non intervention était la seule chance qu'elle eût de guérir.

Elle est morte et à l'autopsie, faite par un expert, on a trouvé dans la cavité péritonéale deux clous, qui très probablement ont été la cause déterminante de la rapidité avec laquelle s'est développée la péritonite septique.

La seconde victime, que j'ai été appelé à traiter à l'Hôtel-Dieu, est un homme de la jambe duquel j'ai pu extraire un morceau de fonte de forme irrégulière, ayant un centimètre et demi environ dans ses plus grandes dimensions. La plaie était déjà, au moment de l'opération, le siège d'un léger emphysème ; le pus qui s'en écoulait était sanieux. (M. Polaillon présente à la Société le corps étranger.)

M. de Ranse. Etant donné le résultat de l'autopsie, la laparotomie immédiate n'était-elle pas indiquée pour enlever les corps étrangers ?

M. Polaillon. Dans l'état actuel de la science, les opinions sont partagées à peu près également ; les statistiques d'abstention sont aussi mauvaises que celles d'intervention. Dans le cas que je vous ai cité, l'obésité, l'existence d'une tumeur abdominale, l'extrême pâleur de la blessée, m'ont guidé dans ma décision.

M. de Ranse. Mais la septicité de la plaie n'était-elle pas une raison suffisante pour intervenir.

M. Polaillon. Dans tous les cas, il faudrait pouvoir opérer dans l'heure qui suit l'accident, et à tout bien considérer, on rencontrerait sans doute beaucoup d'obstacles avant d'arriver au corps étranger, un certain nombre de sutures intestinales à établir.

L'indication d'opérer existe plutôt dans le cas de plaies graves par armes à feu, avec épanchement de matières fécales, car alors la mort est pour ainsi dire certaine. Autrement mon avis est qu'il vaut mieux s'abstenir ; combien y a-t-il de plaies intestinales par armes à feu sans épanchement de matières fécales qui se sont terminées par la guérison du blessé, les plaies intestinales s'étant cicatrisées.

Du numérotage des côtes. — M. P. Duroziez. Nous avons insisté sur le numérotage des côtes, en général mal fait ; nous voyons les médecins se tromper encore, nous insistons de nouveau. Si on part de la clavicule il y a beaucoup de chances d'erreur. Il faut partir du creux sus-sternal et suivre le sternum. La première saillie est la première soudure qui répond à la deuxième côte. Le second espace est plus bas qu'on ne croit. Souvent on en fait le troisième espace et on fait battre le cœur dans des espaces où il bat rarement. A peu près jamais le cœur ne bat dans le 7e espace, rarement il bat dans le 6e. Il se porte à gauche, non en bas.

Les côtes et les espaces n'ont pas la même largeur, chez tous les individus.

De temps en temps nous rencontrons le mamelon et la pointe dans le 2e espace ; nous les y avons rencontrés chez des individus atteints de rétrécissement pulmonaire.

Donc si on veut avoir la mesure du cœur, il faut percuter et ne pas s'en rapporter à l'espace où bat la pointe. La percussion exige un peu de soin. Elle doit être plus ou moins profonde suivant les endroits. Pour la ligne inférieure, elle doit être superficielle, on a l'estomac sous le doigt ; il n'y a pas lieu d'étouffer sous la pression du doigt des résonances superficielles gênantes ; le poumon n'est pas là. L'estomac donne le son vide qui tranche avec le son mat du cœur. Pour les autres limites du cœur, droite, supérieure, externe gauche, nous devons éteindre la résonance du poumon par la pression du doigt et frapper avec

le doigt comme si nous voulions aller chercher le cœur profondément, fouiller, en maintenant les deux doigts l'un sur l'autre à plat, de manière à empêcher les résonances superficielles de réapparaître. Il n'est pas nécessaire de frapper fort ; il faut seulement appuyer. On nous a reproché d'empêcher les résonances de se produire, c'est ce que nous cherchons. Quand nous voulons avoir la résonance du poumon, nous percutons en dédolant, légèrement, presque sur l'ongle.

La percussion avec le doigt sur le doigt est admirable ; mais s'il faut tirer du son, il y a un moyen d'attaquer la note sans casser la corde ; il ne faut jamais rien briser.

Vote sur le projet de fusion de la Société de médecine de Paris avec la Soci té de médecine et de chirurgie pratique. — Résultats du scrutin : 33 votants (le vote par correspondance ayant été admis 16 votes écrits sont parvenus au secrétaire général). — Oui : 21 ; non : 12.

Nota : MM. Boucheron et Dehenne ont fait parvenir leur vote après la séance; tous deux ayant voté par écrit pour la fusion, il y a lieu de se demander si les 23 voies approbatives nécessaires pour que la fusion soit mise à exécution, ne se trouvent pas de ce fait constituées ; une décision sera prise à la première séance de mars.

Le secrétaire général : E. Wickham.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 février. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

Enorme kyste de l'ovaire opéré ; laparotomie ; guérison ; grossesse faisant croire à une récidive ; nouvelle intervention ; guérison. — M. Aug. Reverdin. La malade est opérée avec succès d'un kyste de l'ovaire considérable.

Quelque temps après, on s'aperçoit qu'il existe une tumeur augmentant rapidement et occupant la ligne médiane, fluctuante, sans changement d'état du col utérin. Nouvelle opération. Incision abdominale. Blessure de l'intestin en détachant une adhérence. Résection de 13 centimètres d'intestin. La tumeur est ponctionnée et, à la suite d'un liquide louche apparaît un cordon ombilical et un placenta. L'utérus était aminci et entouré d'adhérences. On enlève l'utérus et aussi l'ovaire. La guérison se fit malgré cette intervention ayant duré une heure et demie.

Luxation obturatrice au cours d'un rhumatisme aigu. — M. Kirmisson fait un rapport sur une observation de M. Hartmann. Cette luxation s'était faite brusquement pendant une attaque de rhumatisme aigu. La jointure fut mobilisée et la réduction obtenue sous le chloroforme. Dès le lendemain, les douleurs avaient disparu et la malade quitte l'hôpital deux mois après.

En 1883, M. Verneuil a rapporté 70 observations de luxation au cours du rhumatisme. M. Delens en cita deux autres. J'ai vu moi-même chez un enfant une luxation de la hanche qui fut réduite facilement.

C'est à la suite du rhumatisme, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde que se produisent ces luxations soudaines. J.-L. Petit admettait l'épanchement articulaire comme cause de ces luxations. M. Verneuil y substitua la théorie de la paralysie musculaire.

Mais il y a des cas où la luxation se produit en avant, comme dans les cas d'Hartmann, et on ne peut plus admettre ici la théorie de Verneuil, quoiqu'il y ait eu même dans ce cas la parésie des muscles fessiers, ce qui ne peut expliquer la luxation en avant.

Le traitement de ces luxations est celui de toutes les luxations traumatiques et la réduction doit être faite avec la plus grande rapidité.

Fistules recto-vaginales. — M. Routier. Dans les petites fistules situées près du périnée, l'intervention admise par presque tous les chirurgiens se résume en la section complète du périnée et la réparation par une périnéorrhaphie.

Je veux aujourd'hui citer l'observation d'une jeune femme présentant une rupture totale du périnée,avec suppuration de toute la moitié antérieure du sphincter anal et d'une grande partie de la cloison recto-inguinale. Aussi je cherchai à refaire la paroi rectale qui avait disparu. Je pus libérer les bords de la perte de substance rectale, de façon à arriver à avoir deux valves latérales, constituées par les parois des sections, que l'on pouvait rapprocher. Dès lors, avec trois plans de suture à la mode de Lembert, je pus rétablir le cylindre rectal.

Ceci fait, en avivant les parties latérales du vagin, à la manière d'Emmet, je pus reconstituer le périnée. La guérison se fit sans encombres, sauf l'élimination d'un fil de soie qui formait le deuxième plan de la suture rectale.

Trépanation à la suite des plaies du crâne par armes à feu. — M. Le Dentu. La marche des projectiles dans le cerveau est très capricieuse et on ne peut guère prévoir à quelle profondeur ont pénétré les projectiles. Il peut se faire aussi que les projectiles ont traversé le cerveau de part en part et se sont réfléchis sur la face profonde de la paroi opposée. Le trajet rétrograde des projectiles a été étudié par MM. Dagron et Delbet. Il a varié de 3 à 8 centimètres de longueur et les plus nombreux ont été de 4 à 6 centimètres.

Le projectile se loge vers le lobe pariétal ou occipital. De là l'impossibilité de présumer sûrement sa situation d'après les troubles moteurs. Les autres peuvent être blessés au moment du passage de la balle, et celle-ci aller se faire oublier dans un point éloigné du centre dont la lésion entraîne le trouble fonctionnel observé.

Quant aux lésions superficielles, sang épanché, esquilles, etc., elles peuvent être justiciables de la trépanation, mais il faut savoir que celle-ci ne peut souvent rien pour la recherche et l'extraction du projectile.

J'admets que lorsqu'on pourra supposer qu'il y a une fracture étendue, des esquilles plus ou moins pénétrantes, la trépanation est indiquée. Les hémorrhagies, les grands épanchements sont rares et par suite entraînent rarement l'intervention.

Il y a des cas qui guérissent fort simplement et qui, après avoir paru très graves, parviennent à la guérison de la façon la plus simple.

M. Terrier. Quelle conduite tenir lorsque l'on est persuadé que la balle a pénétré dans le crâne ? La plupart des chirurgiens avaient pensé que l'expectation était la seule conduite à tenir.

Les fractures par armes de gros calibre sont souvent trop graves pour qu'on puisse songer à intervenir avec avantage. Cependant quelques observations ont paru donner de bons résultats.

Quant aux cas de balles de petit calibre, l'intervention a été jugée par M. Delorme « dangereuse, incertaine, inu-

tile ». Je ne puis partager son avis. M. Delorme admet des explorations limitées, et des explorations retardées.

Il me semble que, du moment qu'on peut sans danger faire une exploration, il faut la faire complète et immédiate, car le temps presse, et l'explorateur de choix doit être une bougie à boule.

Je serai disposé à trépaner chaque fois qu'il existera non seulement des troubles localisés mais encore généralisés.

Double luxation congénitale de la tête du radius en avant d'un côté, en arrière de l'autre. — Présentation de malade, par M. P. Berger. Les membres de la Société de chirurgie sont d'avis, dans ces cas, qu'il n'y a pas lieu d'intervenir.

Plaie pénétrante de l'abdomen. Laparotomie. — Présentation de malade, par M. Rochard.

F. Verchère.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. — Les questions orales qu'ont eu à traiter les candidats à l'internat ont été les suivantes :

Orifice aortique ; signes et diagnostic de l'angine de poitrine ;

Vaisseaux et nerfs de la plante du pied ; pathogénie et signes du mal perforant ;

Artère rénale ; complications rénales de la scarlatine ;

Plèvre pariétale ; cancer pleuro-pulmonaire ;

Orifice mitral ; pathogénie et signes de l'apoplexie pulmonaire ;

Articulation sterno-claviculaire : pathogénie et signes du torticolis musculaire chronique ;

Racines rachidiennes ; signes et marche des fractures de la colonne vertébrale ;

Branche ophtalmique de Willis ; zona ophtalmique ;

Portion membraneuse de l'urètre ; complications des rétrécissements de l'urètre ;

Artères de la région du coude et leurs anastamoses ; signes et diagnostic des luxations du coude en arrière ;

Vaisseaux et nerfs de l'utérus ; signes et diagnostic de la grossesse au cinquième mois ;

Cornée transparente ; signes et diagnostic de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés ;

Vésicule biliaire ; complications de la lithiase bilaire ;

Bronches extra-pulmonaires ; corps étrangers des voies aériennes.

Ont été nommés : *Internes titulaires* :

1. Gosset, Vanverts, Proust, Battigne, Lenoir, Grenet, Pasteau, Monbouyran, Baron, Faitout.

11. Pissavy, Lardennois, Jacobson, Lorrain, Mortagne, Villière, Guinard, Rabbé, Labbé, Long.

21. Angelesco, Lenoble, Wiart, Lacour, Chevereau, Monod (Jacques), Bureau, Martin (Charles), Chabry, Dominici.

31 Papillon, Vintrebert, Fünck, Brentano, Bayeux, Barozzi, Planque, Morel, Jolly, Frenkel, Herbet.

41. Hallé, Pouquet, Bonnus, Bouchacourt, Chauvel, Escat, Fournier (Edm.), Junius, Lavillauroy, Siron, Riche.

51. Chauveau, Le Damary, Bonnet (Léon), Zeimet, Siguier, Arrizabalaga, Chéron, Cange, Fauvel, Page.

61. Carnot.

Internes provisoires :

1. Oppenot, Heresco, Hérard, Imbert, Salmon, Blanc, Hepp, Estrabant, Poix, Rudaux.

11. Beaulavon, Sainton, Veuillot, Bize, Mettetal, Levrey, Dardel, Riffé, Roger (Jean), Delamarre.

21. Griffon, Nimier, Daumy, Dujarier, Laroche, Marchais, Brin, Le Für, Garnier, Tariel.

41. Guillemot, Macrez, Desvaux, Comte, Terrien, Branca, Jeaune, Claisse, Bigeard, Tissier (Henri).

41. Thienot, Delmond, Bebet, Le Dard, Luys, Durrieux, Piatot, Larrieux, Martin (André).

Hôpitaux de Paris. — Concours pour trois places de médecin du Bureau central. — Par suite de la non acceptation de MM. Chauffard, Gouguenheim, Hérard et Oulmont, le jury du concours du Bureau central est actuellement composé ainsi qu'il suit : MM. Hirtz, Talamon, Faisans, Babinski, Landrieux, Schwartz et Talamont.

Les candidats, au nombre de 74, sont : MM. Achalme, Aviragnet, Barbier, Baudouin, Beaumé, Belin, Berbez, Besançon, Blocq, Bouisson, Boulloche, Bruhl, Capitan, Caussade, Cayla, Charrier, Coffin, Courtois-Suffit, Dalché, Darier, Deschamps, Dubief, Duflocq, Dupré, Dutil, Enriquez, Florand, Gallois, de Gennes, Girode, de Grandmaison, G. Guinon, L. Guinon, Hudelo, Jacquet, Jeanselme, Klippel, A. Laffitte, L. Laffitte, Launois, Legry, Le Noir, Lesage, Létienne, Lion, Lyon, Macaigne, Martin de Gimard, Ménétrier, Méry, Morel-Lavallée, Mosny, Mussy, Parmentier, Pignol, Pilliet, Polguère, Queyrat, Regnault, Renault, Renou, Ribail, Saillard, Soupault, Souques, Springer, Thirolois, Thoinot, Tissier, Toupet, Triboulet, Vaquez, Weber et Wurtz.

Hôpitaux de Paris. — Concours spécial pour la nomination a deux places d'accoucheur du bureau central. — Ce concours sera ouvert le lundi 7 mai 1894, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les Drs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 9 avril 1894, et sera clos définitivement le samedi 21 du même mois, à 3 heures.

Faculté de médecine de Paris. — La Faculté vient de décerner :

1° Le prix Chateauvillard, à MM. les Drs Laborde (900 fr.). Huchard (500 fr.), Aviragnet (300 fr.), Pilliet (300 fr.), mention honorable, M. le Dr E. Berger.

2° Le prix Montyon, à M. le Dr Paul Raymond.

3° Le prix Saintour, à M. le Dr Mauclaire.

École de médecine de Rouen. — Par arrêté ministériel, en date du 19 février 1894, un concours s'ouvrira le 5 novembre 1894, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Rouen.

M. le professeur Delabost est maintenu dans les fonctions de directeur de l'Ecole.

École de medecine de Rennes. — M. le professeur Delacour est maintenu dans ses fonctions de directeur de l'Ecole.

Le prix des diplômes. — Des décrets modifient les droits à percevoir pour les aspirants au doctorat en médecine, au diplôme de chirurgien-dentiste, au certificat d'études phy-

siques et naturelles et pour les aspirants au diplôme de sage-femme. Voici ces divers tarifs :

Doctorat en médecine

16 inscriptions à 32 fr. 50, y compris le droit de bibliothèque		520
Travaux pratiques payables par trimestre, 4 années.	1re année... 60 fr. 2e année... 40 3e année... 40 4e année... 20	160
7 examens ou épreuves à 30 fr.		210
7 certificats d'aptitude à 25 fr.		175
Thèse		100
Certificat d'aptitude de la thèse		40
Diplôme		100
Total		1,305

Diplôme de chirurgien-dentiste

12 inscriptions à 32 fr. 50, y compris le droit de bibliothèque		390
Travaux pratiques payables par trimestre :		
1re année		60
2e année		130
3e année		130
3 examens à 30 fr.		90
3 certificats à 20 fr.		60
Diplôme		100
Total		960

Certificat d'études physiques et naturelles

4 inscriptions à 32 fr. 50, y compris le droit de bibliothèque		130
Travaux pratiques, payables par trimestre, une année		90
Examen		30
Certificat		40
Visa du certificat		10
Total		300

Diplôme de sage-femme.

1re classe

1er examen.	Examen	40	50
	Certificat d'aptitude correspondant	10	
2e examen.	Examen	40	80
	Certificat d'aptitude correspondant	10	
	Diplôme	30	
Total			130

2e classe

1er examen.	Examen	20	30
	Certificat d'aptitude correspondant	10	
2e examen.	Examen	20	50
	Certificat d'aptitude correspondant	10	
	Diplôme	20	
Total			80

Corps de santé militaire. — Réserve. — Ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe : Gruson, Ricard.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe. — MM. les médecins aides-majors de 2e classe : Ribbe, Rebillard, Rouhaud, Reilhac, Bourgeois, Colonna, Véroudard, Villedary, Geghre.

Armée territoriale. — Ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-major de 2e classe : Treille, Moret, Gueillot, Lefour, Bard, Kirmisson.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe : Chalvet, Batut, Ollé, Colliard.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe. — MM. les médecins aides-majors de 2e classe : Pontet, Lartigau, Paulin, Legros, Coyteux, Duportal, Lacaille, Gaillard, Tisné, Marchandé, Crauffon, Lefebvre, Decrossas, Duffaud, Rogron, Veil.

La **Société des chirurgiens des hôpitaux** s'est réunie mercredi dernier à la demande de M. Périer pour discuter la création d'un conseil de famille créé au sein de la Société.

Sur l'initiative de quelques chirurgiens des hôpitaux, MM. Périer, Berger, Reclus, Quénu, un premier projet a été établi ; un rapport a été fait par M. Picqué, qui en a donné lecture à tous ses collègues. Les conclusions de ce rapport ont obtenu l'assentiment unanime de la Société.

Voici ces conclusions :

1° Un conseil de famille est formé au sein de la Société des chirurgiens des hôpitaux.

2° Il sera chargé d'examiner les contestations qui pourront s'élever entre l'administration et les membres de la Société.

3° Le chirurgien des hôpitaux ayant une contestation avec l'administration est invité à venir devant le conseil de famille qu'il aura fait convoquer par le président, exposer ses observations. S'il n'accepte pas la solution du conseil, le différend pourra être porté devant les chirurgiens réunis en assemblée plénière.

4° Le Conseil de famille est composé de 6 membres, à savoir : le président annuel de la Société des chirurgiens, le représentant de la Société au Conseil de surveillance, de 4 membres élus, renouvelables par moitié tous les ans et rééligibles. Un de ces quatre membres sera pris parmi les chirurgiens du bureau central.

Le vote devant désigner les 4 membres éligibles s'est terminé par la nomination de MM. Tillaux, Lucas-Championnière, Monod et Picqué.

Faculté de médecine de Paris. — *Statistique universitaire.* — Près de 5.000 étudiants ont été inscrits en 1893. Sur ce nombre on compte 1.358 étrangers, 155 femmes dont 14 Françaises ; on a passé 6.803 examens. Le Conseil général de l'Université « est effrayé » par ces chiffres et l'éminent doyen de notre Faculté parisienne demande des mesures efficaces pour soulager cet encombrement, permettre aux élèves des travaux pratiques, féconds, que l'insuffisance des bâtiments ne permet point sérieusement, de rendre possible la dissection que l'indigence des cadavres rend impossible pour beaucoup. Bien plus, il serait temps de soulager le corps professoral de cette surchage de travail que les examens lui imposent au grand détriment de l'enseignement. Cette situation s'aggrave chaque année, il est temps d'y porter remède.

Médecins du Dépôt et de la Conciergerie. — M. le Dr Voisin est nommé médecin du Dépôt et de la Conciergerie ; M. le Dr Floquet, médecin du Palais de Justice, médecin-adjoint ; M. le Dr Le Coin, médecin-adjoint : M. le Dr Floquet, sera chargé du service des consultations.

Service médical de nuit dans la Ville de Paris.

Statistique du mois de janvier 1894,

Par MM. les Drs Passant et Rouillard.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	7	5	3	15
2e	8	14	0	22
3e	19	16	5	40
4e	9	30	5	44
5e	5	26	4	35
6e	10	18	4	32
7e	4	11	6	21
8e	3	5	0	8
9e	6	8	1	15
10e	15	25	6	45
11e	32	77	29	138
12e	11	24	8	43
13e	21	44	21	86
14e	33	28	15	76
15e	27	45	10	82
16e	5	6	5	16
17e	24	32	7	63
18e	59	76	34	169
19e	24	46	25	85
20e	56	108	33	197
	378	643	221	1.242

La moyenne des visites est de..... 40
Pour le mois précédent elle était de..... 32,7

Maladies observées.

A	
Angines et laryngites	88
Croup	19
Coqueluche	1
Otite	3
Ophthalmie	1
B	
Asthme	23
Croup	50
Bronchites aiguës et chroniques	151
Pleuro-pneumonie	70
Congestion pulmonaire	38
Grippe, Influenza	36
C	
Affections et troubles gastro-intestinaux	111
Dysenterie	9
Athrepsie	7
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	33
Hernie étranglée	15
Rétention d'urine	6
Affections des organes génitaux externes	6
D	
Métrite ; métro-péritonite	25
Métrorrhagie	25
Fausse-couche	50
Accouchement, Délivrance	72
Accouchement non terminé	14
E	
Affections cérébrales	45
Convulsions, Eclampsies	27
Névralgie	32
Névroses	44
Epilepsie	6
Aliénation mentale	5
Alcoolisme, Délirium tremens	8
F	
Rhumatisme	6
Affections éruptives	42
Fièvre	20
Fièvre typhoïde	8
Hémorrhagies de causes internes et externes	34
Erysipèle	6
G	
Plaies, Contusions, Abcès	51
Factures, Luxations, Entorses	11
Brûlures	7
Empoisonnements	9
Asphyxie par le charbon	3
Suicide	2
H	
Mort à l'arrivée du médecin	23
Total	1.242

L s hommes entrent dans la proportion de..... 30,4 0/0
Les femmes.....d°.....d°..... 51,8 0/0
Les enfants au-dessous de 3 ans...d°..... 17,8 0/0

Hôpital de la Charité. — *Service d'accouchement.* — Enseignement obstétrical clinique et théorique (1893-94).

Enseignement clinique. — M. le Dr P. Budin, chef de service, tous les jours à 9 heures.

Tous les jeudis à 10 heures et demie, *Leçon clinique* à l'amphithéâtre Velpeau, à partir du jeudi 8 mars.

Enseignement théorique et manœuvres opératoires. — M. le Dr Bonnaire, accoucheur des hôpitaux. Leçons : les mardis, jeudis, samedis à 5 heures (amphithéâtre Velpeau). Ouverture du cours de M. le Dr Bonnaire, le samedi 10 mars.

Conférences, par M. le Dr Legry, chef de laboratoire du service.

Hôpital Necker. — M. le Dr Henri Huchard, médecin de l'hôpital Necker, a commencé le lundi 19 février, à 10 heures, ses leçons de clinique thérapeutique et les continue les lundis suivants à la même heure à l'amphithéâtre des cours.

Lundi. — Leçons de clinique thérapeutique à l'amphithéâtre, à 10 heures.

Mercredi et *Samedi.* — Conférences de clinique et thérapeutique (salles Delpech et Chauffard), à 9 h. 1/2.

Jeudi. — Démonstrations et travaux d'anatomie pathologique, au laboratoire, à 10 heures.

Mardi. — Consultation à 10 heures.

Vendredi. — Consultation (tous les quinze jours). — Conférence sur les maladies du cœur à 10 heures.

Hôpital Saint-Louis. — Cours de pathologie et de thérapeutique dermatologiques. — M. le Dr G. Thibierge fera pendant les mois de mars et avril 1894, dans le service de M. le Dr E. Besnier, un cours complet de pathologie et de thérapeutique dermatologiques.

Les mardis, jeudis et samedis à 3 heures, leçon théori-

que avec présentation de malades à la salle des conférences du musée (la première leçon aura lieu le samedi 3 mars).

Le mardi à 9 heures, opérations dermatologiques (traitement du lupus, des acnés, électrolyse, etc...) au laboratoire Alibert.

Le mercredi à 9 heures, traitement des affections du cuir chevelu, au laboratoire Alibert.

Le vendredi à 9 heures, consultation externe, salle de consultations, 38, rue Bichat.

Le samedi à 9 h. 1/2, leçon clinique sur les malades du service (salles d'Alibert et Devergie).

Courtoisie médicale.—Un chirurgien des hôpitaux de Paris, le Dr B... se trouvait à Naples, l'année dernière, aux fêtes de Pâques. Il se rendit à l'hôpital pour assister à la visite du professeur Galozzi et se présenta à celui-ci, qui lui fit les honneurs de son service, où se trouvaient une douzaine d'élèves et d'étudiants. On passe dans l'amphithéâtre, qui, à la surprise du Dr B... se trouve comble. A l'entrée du médecin étranger des sifflements unanimes viennent l'accueillir. Le professeur intervient ; le silence se rétablit ; la leçon se poursuit sans encombre. On se lève pour sortir et les mêmes gracieuses manifestations accompagnent le Dr B... qui s'efforce de ne rien manifester de son extrême surprise.

Nous racontons cette petite anecdote pour que ceux qui, comme nous, se proposent d'assister au congrès de Rome, sachent à quoi s'en tenir, alors que depuis Pâques de 1893, se sont produits les incidents d'Alsace-Lorraine et d'Aigues mortes. (*Concours méd.*).

Nécrologie. — Le Dr Lombard, de Vanves (Seine), reçu en 1884. — Le Dr Michaud, du Waast (Pas-de-Calais), reçu en 1883. — Le Dr Albert Lucke, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg, mort d'une attaque d'apoplexie à l'âge de 65 ans. — Le Dr Langlebert (Edmond), très connu par d'importants travaux d'enseignement et de syphilographie, décédé à Neuilly-sur-Seine, le 22 février, à l'âge de 78 ans. — Le Dr Allix, de Gergy (Saône-et-Loire), reçu en 1885. — Le Dr Cornet (Félix), de Briey (Meurthe-et-Moselle), décédé à l'âge de 44 ans. — Le Dr Godard, de Fismes (Marne). — Le Dr Charrin (Jérôme), de Kandrieu (Rhône), décédé le 18 février, à l'âge de 88 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le supplément pour 1893 au Guide pratique des sciences médicales, publié sous la direction du Dr Letulle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. Cartonné à l'anglaise. — Prix : 5 fr. — Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

De l'uréthrite chez la femme, par le Dr G. Richard d'Aulnay. In-8, 160 p. — Paris, Société d'éditions scientifiques, 1893.

Rueff et Cie, éditeurs, Paris, 106, boulevard Saint-Germain.

Les affections parasyphilitiques, par A. Fournier, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — 1 vol. in 8°, reliure d'amateur, peau pleine, souple, tête dorée. — Prix : 10 francs.

Traitement de la tuberculose par la créosote, par le Dr Burlureaux, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, ouvrage couronné par l'Institut (Prix Bréant). — 1 volume, reliure d'amateur, peau pleine, souple, tête dorée. — Prix : 10 francs.

— Bibliothèque médicale Charcot-Debove. — Volumes in-16, reliure d'amateurs, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50 le volume.

Chirurgie du rein et de l'uretère, par le Dr Félix Legueu, chef de clinique des maladies des voies urinaires à l'hôpital Necker. — 1 vol.

La blennorrhagie chez la femme, par le Dr Verchère, chirurgien de Saint-Lazare. — 2 vol.

La coxalgie tuberculeuse et son traitement, par le Dr Ménard, chirurgien de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer, avec 20 figures en photogravure dans le texte. — 1 vol.

Traitement des affections de la peau, par le Dr Paul de Molènes, ancien interne des hôpitaux. Les formules ont été revues par le Dr A. Berlioz. — 2 vol.

— **Manuel de thérapeutique gynécologique**, publié sous la direction de M. le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux.

Cet ouvrage, conçu d'après un plan essentiellement nouveau, se compose de 7 volumes, format in-16 carré, reliure d'amateur, peau pleine, souple, tranches dorées, qui peuvent être vendus séparément, formant par chacun d'eux un manuel complet relativement aux spécialités qu'il traite.

Ces volumes sont répartis comme suit :

T. I. — *Médications thérapeutiques*, par le Dr A. Auvard. — Prix : 6 fr. 50.

T. II. — *Thérapeutique générale et hygiène*, par le Dr E. Caubet. — Prix : 4 fr. 50.

T. III. — *Médications locales*, avec 35 figures dans le texte, par le Dr de Kervilly. — Prix : 4 fr. 50.

T. IV. — *Opérations*, avec 11. figures dans le texte, par le Dr Berlin. — Prix : 7 fr. 50.

T. V. — *Electricité*, avec 20 figures dans le texte, par le Dr Touvenaint. — Prix : 4 fr. 50.

T. VI. — *Massage*, avec figures dans le texte, par le Dr d'Hotman de Villiers. — Prix : 4 fr. 50.

T. VII. — *Hydrothérapie et eaux minérales*, par le Dr Ozenne. — Prix : 4 fr. 50.

Les 7 volumes réunis en un élégant carton. — Prix : 33 francs.

DYSPEPSIES.— *Vin de Chassaing.*—Pepsine et Diastase.

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES traités par *L'Emulsion Marchais* à la créosote, au tolu et phosphate de chaux.— **Anémie, chlorose.** — *Dragées Cézard*, ne constipant pas.

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des Intestins.**

GOUDRON FRESSINGE. — Une cuillerée à café par verre de boisson, aux repas, contre *catarrhes* et *bronchites chroniques, maladies des voies urinaires, épidémies.*

SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER. 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*